



សំបុត្របញ្ជូនសំរាប់ផ្នែកអតីតទាហាន (ភាគ 1)
VETERANS REFERRAL (PART 1)

ការិយាល័យ DSHS	ទូរស័ព្ទ
លេខសំណុំរឿង	ឈ្មោះអ្នកសុំជំនួយ

A. គូសក្នុងប្រអប់ដែលត្រូវចំពោះសភាពការរបស់អ្នក ឬសភាពការរបស់ជនដែលអ្នកសុំជំនួយឲ្យ។

- | | |
|---|--|
| <p>1. <input type="checkbox"/> អតីតទាហាន</p> <p>2. <input type="checkbox"/> ស្ត្រីមេម៉ាយ ឬអ្នកពោះម៉ាយ ពីអ្នកអតីតទាហាន ដែលបានស្លាប់ ក្នុង ខណៈ កំពុងបំរើកងទ័ព ឬស្លាប់ដោយពិការដែលទាក់ទងនឹងការ បំរើកងកងទ័ព។ ស្ត្រីមេម៉ាយ ឬ អ្នកពោះម៉ាយ នោះមិនទាន់រៀបការ ជាថ្មី ឬ បើបានរៀបការជាថ្មី ឲ្យស្រូវហើយតែការរៀបការ នោះត្រូវ ជាមេម៉ាយឬត្រូវបញ្ចប់ដាច់ស្រេចត្រឹមត្រូវតាមច្បាប់ ចាប់ផ្តើមមុន ថ្ងៃទី 1 ខែ11 ឆ្នាំ 1990។</p> <p>3. <input type="checkbox"/> ស្ត្រីមេម៉ាយ ឬអ្នកពោះម៉ាយ ពីអ្នកអតីតទាហានពេលសង្គ្រាម ដែល ស្លាប់បណ្តាលមកពីលក្ខណមិនទាក់ទងនឹងការបំរើកងទ័ព។ ស្ត្រីមេម៉ាយ ឬ អ្នកពោះម៉ាយនោះមិនទាន់ រៀបការជាថ្មី ឬ បើបានរៀបការជាថ្មី ហើយ តែការរៀប ការនោះត្រូវជាមេម៉ាយឬត្រូវ បញ្ចប់ដាច់ស្រេចត្រឹមត្រូវតាមច្បាប់ ចាប់ផ្តើម មុនថ្ងៃទី 1 ខែ11 ឆ្នាំ 1990។</p> <p>4. <input type="checkbox"/> ឪពុកម្តាយ របស់អ្នកអតីតទាហានណាម្នាក់ ដែលស្លាប់ក្នុងពេលកំពុង បំរើកងកងទ័ព ឬស្លាប់ដោយពិការដែលទាក់ទងនឹងការបំរើកងទ័ព។</p> | <p>5. <input type="checkbox"/> ភ្លេង ដែលមានអាយុក្រោម 26 ឆ្នាំ ជាតួនរបស់អ្នកអតីតទាហាន ដែលស្លាប់ ឬដែលពិការទាំងស្រុង ហើយជាអចិន្ត្រៃយ៍ បណ្តាលមក ពីការទាក់ទងជាមួយការបំរើជាតិ។</p> <p>6. <input type="checkbox"/> ភ្លេង ជាតួនរបស់អ្នកអតីតទាហាន ដែលបានស្លាប់ក្នុងខណៈ កំពុង បំរើកងកងទ័ព ឬស្លាប់ដោយពិការដែលទាក់ទងនឹងការបំរើកងទ័ព។ ភ្លេងមានពិការទាំងស្រុង ហើយជាអចិន្ត្រៃយ៍ មុនថ្ងៃខួបកំណើត ទី 18 របស់គេ។</p> <p>7. <input type="checkbox"/> ភ្លេង ជាតួនរបស់អ្នកអតីតទាហាន ដែលស្លាប់ក្នុងពេលស្រុក សង្គ្រាម។ ភ្លេងមានពិការទាំងស្រុង ហើយជាអចិន្ត្រៃយ៍ មុនខួប កំណើត ទី 18 របស់គេ។</p> <p>8. <input type="checkbox"/> ភ្លេង ជាតួនរបស់អ្នកអតីតទាហាន ដែលស្លាប់ក្នុងពេលស្រុក សង្គ្រាម។ ភ្លេងអាយុក្រោម 23 ឆ្នាំ នៅលីវ ហើយជាប់កំពុង សិក្សា ពេញម៉ោង។</p> |
|---|--|

B. បើអ្នកមានគូសខ្លាំងក្នុងប្រអប់ណាមួយក្នុងជំពូក A ខាងលើ សូមអ្នកគូសក្នុងប្រអប់ទាំងឡាយខាងក្រោមដែលត្រូវចំពោះសភាពការរបស់អ្នក ឬជន ដែលអ្នកដាក់ពាក្យសុំជំនួយឲ្យ។

- | | |
|--|---|
| <p>1. <input type="checkbox"/> មានពិការភាពទាក់ទងនឹងការបំរើកងទ័ព។</p> <p>2. <input type="checkbox"/> ពិការទាំងស្រុង ហើយជាអចិន្ត្រៃយ៍ ដោយសារពិការភាព មិន ទាក់ទងនឹងការបំរើកងកងទ័ព និងពេលដែលកំពុងធ្វើសង្គ្រាម។</p> <p>3. <input type="checkbox"/> ត្រូវការជំនួយរក្សាព្យាបាលសុខភាព។</p> | <p>4. <input type="checkbox"/> ត្រូវការជំនួយមើលរក្សាតាមមន្ទីររក្សាជនជរា-ពិការ។</p> <p>5. <input type="checkbox"/> ដាក់ពាក្យសុំរាប់ការជួយមើលរក្សាតាមផ្ទះ នៅក្រោមកម្មវិធី COPEs។</p> <p>6. <input type="checkbox"/> ត្រូវការជំនួយមើលរក្សាតាមផ្ទះ នៅក្រោមកម្មវិធី _____ (សូមបញ្ជាក់)</p> |
|--|---|

C. បំពេញក្នុងជំពូកនេះ បើអ្នកមានគូសខ្លាំងក្នុងប្រអប់ នៅក្នុងជំពូកទាំងពីរ A និង B ខាងលើ។

1. ឈ្មោះរបស់អ្នកអតីតទាហាន (នាមត្រកូល, នាមខ្លួន, នាមកណ្តាល)	2. អត្តលេខសន្តិសុខសង្គមរបស់អ្នកអតីតទាហាន	3. លេខសំអាងជាអតីតទាហាន (បើស្គាល់)
--	--	-----------------------------------

D. សូមអានយ៉ាងដិតដល់នេះ ដោយប្រុងប្រយ័ត្ន។ ចុះហត្ថលេខា ដាក់ខ្មែរថ្ងៃឆ្នាំ ហើយផ្ញើក្រដាសនេះទៅការិយាល័យ DSHS ក្នុងតំបន់អ្នក។ ការអាក់ខានមិនបានធ្វើក្រដាសនេះ ត្រឡប់មកវិញអាចបណ្តាលឲ្យគេបដិសេធមិនឲ្យជំនួយ DSHS ដល់អ្នក។

ខ្ញុំសូមប្រកាសថា ព័ត៌មានបានផ្តល់ជូនខាងលើ គឺត្រឹមត្រូវ ពិតប្រាកដ ហើយចប់សព្វគ្រប់ ទៅតាមការចេះដឹងរបស់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំប្រហែលជាចង្រ្កាច់ តម្រូវឲ្យទាក់ទងមកការិយាល័យផ្នែកអតីតទាហាន ព្រោះជាផ្នែកចាំបាច់ក្នុងដំណើរការដាក់ពាក្យសុំនេះ។ ក្នុងនេះ ខ្ញុំអនុញ្ញាតឲ្យក្រសួង DSHS ហើយ និងការិយាល័យអតីតទាហាន បញ្ជូនព័ត៌មានដែលចាំបាច់ក្នុងការសំរេចនូវលក្ខណសម្បត្តិទទួលជំនួយរបស់ខ្ញុំ។

បើខ្ញុំគិតថា ក្រសួង DSHS ខុសក្នុងការសួរព័ត៌មានទាំងនេះ ខ្ញុំអាចស្នើសុំធ្វើសវនាការ ក្នុងរវាង 90 ថ្ងៃ ចាប់ពីថ្ងៃដែលគេត្រូវធ្វើសំបុត្រ បញ្ជូននេះ ដោយសរសេរសំបុត្រទៅក្រសួង: Department of Social and Health Services, Office of Appeals, P.O. Box 2465, Olympia, Washington 98507-2465.

ហត្ថលេខារបស់អតិថិជន ឬ អ្នកតំណាងស្របច្បាប់ ខ្មែរថ្ងៃឆ្នាំ